

ПСИХИАТРИЯ

УДК 616.89

*О. В. Савельева¹, Н. Н. Петрова²***ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**¹ Санкт-Петербургский психоневрологический диспансер № 5,
Российская Федерация, 195027, Санкт-Петербург, ш. Революции, 17² Санкт-Петербургский государственный университет,
Российская Федерация, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7–9

В статье представлены результаты исследования эффективности реабилитационных мероприятий, проводимых в медико-реабилитационном отделении, функционирующем в структуре психоневрологического диспансера, на примере больных с параноидной шизофренией. Выделены факторы, позитивно влияющие на успешность реабилитации больных шизофренией. Негативное влияние на успешность реабилитации оказывают выраженность позитивных симптомов, нарушений мышления, общая тяжесть психического расстройства, а также частые госпитализации. Предложены критерии эффективности реабилитации больных на этапе хронического течения шизофрении, включая выраженность психопатологической симптоматики, частоту регоспитализаций, уровень социального функционирования в сферах, отражающих независимость существования, удовлетворенность психиатрической помощью, качество жизни, трудовую активность. Библиогр. 7 назв. Ил. 1.

Ключевые слова: шизофрения, реабилитация, оценка эффективности.

**THE EFFICIENCY OF COMPLEX REHABILITATION
IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA***O. V. Savel'eva¹, N. N. Petrova²*¹ St. Petersburg State outpatient hospital N 5,
17, sh. Revoliutsii, St. Petersburg, 195027, Russian Federation² St. Petersburg State University,
7–9, Universitetskaya nab., St. Petersburg, 199034, Russian Federation

Given the representation in the Department of patients with schizophrenia (about 40 %), a study of the effectiveness of rehabilitation activities carried out in the medical and rehabilitation department that functions within the institution of a psychoneurological dispensary with, as its subject, for example, patients with paranoid schizophrenia.

Factors that positively influence the success of rehabilitation in patients with schizophrenia are examined. The negative impact on the success of rehabilitation is marked by the expression of positive symptoms, mental disorders, the general severity of the psychic disorder, and frequent hospitalizations. Criteria of the effectiveness of rehabilitation of patients at the stage of chronic schizophrenia

include the severity of psychopathological symptoms, the frequency of rehospitalization, the level of social functioning in areas reflecting independence of existence, satisfaction with psychiatric care, quality of life, labor activity. Refs 7. Fig. 1.

Keywords: schizophrenia, rehabilitation.

Введение

Современное развитие реабилитации опирается на биопсихосоциальную парадигму развития психических расстройств [1]. Такой подход расширяет взгляд на возможности восстановления больных [2]. Психосоциальные вмешательства внедрены в систему терапевтических мероприятий для психически больных. Они рассматриваются наряду с психофармакологическими воздействиями как существенно влияющие на конечный результат лечения, проводимого как в стационарных, так и во внебольничных условиях [3]. В настоящее время актуальна разработка методических основ деятельности новых организационных форм психиатрической службы, в частности медико-реабилитационных отделений психоневрологического диспансера [2]. Необходимость оценки эффективности реабилитационных программ для больных шизофренией обусловлена ее значительной ресурсоемкостью, обременительностью для общества, растущим вниманием к качеству специализированной медицинской помощи и недостаточной удовлетворенностью ею среди пациентов [4]. Рассматривается возможность использования таких показателей эффективности лечебно-реабилитационного процесса, как социальное функционирование и качество жизни больных, что приобретает особую значимость в условиях психоневрологического диспансера [5–7].

В задачи данного исследования входила оценка эффективности комплексной реабилитации больных параноидной шизофренией, проводимой в условиях медико-реабилитационного отделения диспансера.

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 75 пациентов медико-реабилитационного отделения психоневрологического диспансера (56 % мужского и 44 % женского пола), страдающих параноидной шизофренией. В 52 % случаев выявлен эпизодический тип течения с нарастающим дефектом, в 26,7 % — эпизодический тип течения со стабильным дефектом, непрерывный тип течения — у 21,3 % пациентов. Возраст больных составил $45,2 \pm 1,7$ лет, возраст начала заболевания достиг $24,1 \pm 0,1$ лет, а продолжительность болезни — $21,2 \pm 1,6$ года.

Обследование носило комплексный характер: применялись клиничко-психопатологический, клиничко-катамнестический, социально-демографический методы. Для объективизации результатов исследования использовались шкалы общего клинического впечатления CGI, позитивных и негативных синдромов PANSS, персонального и социального функционирования PSP, опросник SF-36 и визуальная аналоговая шкала (ВАШ) для оценки качества жизни. Анализировались медицинские карты. Была разработана оригинальная анкета для проведения социально-психологического опроса пациентов и их родственников, характеристики потребности сферы и удовлетворенности оказываемой помощью. Статистическая

обработка полученных данных проводилась с использованием программной системы STATISTICA for Windows версия 9.

Результаты и их обсуждение

Установлено, что в медико-реабилитационное отделение направляются пациенты преимущественно трудоспособного возраста, который равномерно распределен по десятилетиям от 31 года до 60 лет (21,3–25,3 %). Пациенты в возрасте от 21 года до 30 лет составили 17,4 %. Пациенты, болеющие более 10 лет, составили 72 % наблюдений. При этом частота госпитализаций в большинстве случаев (73,3 %) была реже одного раза в год.

Трудовой статус пациентов был неудовлетворительным. 97,3 % пациентов отметили снижение профессиональных показателей в связи с заболеванием. Только 2,7 % пациентов продолжали работать по специальности, 4 % имели работу, не связанную с профессией, со снижением квалификации. Подавляющее большинство пациентов (93,3 %) не работали и не учились. 89,3 % пациентов были инвалидами второй группы.

Психосоциальная работа осуществлялась в несколько этапов. Первый этап — подготовительный — был направлен на формирование мотивации к участию в реабилитации. Он включал в себя определение уровня информированности пациента о реабилитации, анализ удовлетворенности пациентов получаемой помощью, определение отношения членов семьи к болезни, участию в психообразовательных и реабилитационных программах. На втором (собственно реабилитационном) этапе пациентам был предложен комплекс реабилитационных направлений: психообразовательные программы; индивидуальная и групповая психокоррекция (коммуникативные, когнитивные, поведенческие тренинги, группы встреч, профориентация); тренинги социально-бытовых навыков; досуговые программы; арт-терапевтическая студия; театральная студия; музыкальная студия; хореографическая студия; «Кулинарная школа», «Компьютерный класс», «Школа бытовых услуг», рукоделие; трудотерапия (швейные, картонажные, сборочные работы). Включение в реабилитационные программы осуществлялось на основании выбора пациента, психообразование же было обязательным.

На реабилитационном этапе были выделены две группы сравнения: основная группа исследования — куда вошло 49,3 % пациентов, включившихся в реабилитационный процесс, и группа сравнения — 50,7 % пациентов, не участвующих в реабилитационных программах. Третий этап характеризовался определением результата реабилитации на основании анализа динамики клинико-психосоциальных показателей групп сравнения, факторов, оказывающих влияние на результат реабилитационной работы.

При анализе удовлетворенности больных психиатрической помощью установлено, что 68 % пациентов были полностью не удовлетворены ею, а 20 % больных не удовлетворены двумя и более сферами помощи. Преобладала неудовлетворенность пациентов решением психосоциальных вопросов, в том числе общением — 24 %, решением психологических проблем — 22,7 %, лечением основного заболевания — 16 % (в первую очередь из-за побочных действий лекарственной терапии, которые наблюдались у 66,7 % пациентов). Еще 5,3 % больных были заинтересова-

ны в лечении сопутствующей соматической симптоматики. Выявленные проблемы потребностной сферы пациентов рассматривались как мишени индивидуальной программы реабилитации.

Больные составили две группы сравнения, сопоставимые по своим основным социально-демографическим, клиническим показателям, включая и прогрессивность шизофренического процесса, но при этом различавшиеся наличием «квази-мотивации» к участию в реабилитационной работе ($p < 0,001$).

Выявлено, что наличие установки на реабилитацию было сопряжено с рядом психологических характеристик: более низкое качество жизни по параметру физического функционирования ($65,47 \pm 4,20$ и $77,58 \pm 3,31$ балла по SF-36 соответственно, $p < 0,05$) и более высокое — по степени ограничения функционирования за счет эмоционального состояния ($60,44 \pm 6,93$ и $40,46 \pm 6,61$ балла соответственно, $p < 0,05$). В реабилитационную программу включались пациенты, которые высказали достоверно больший запрос на решение психологических проблем (34,4 и 9,1 % больных соответственно, $p < 0,05$).

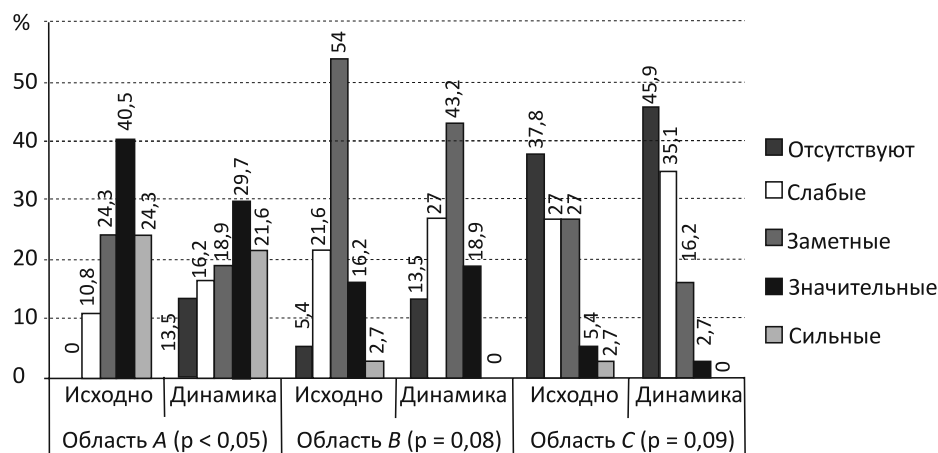
В значительной степени уровень заинтересованности пациентов в участии в реабилитационных программах определялся активностью работы в этом направлении участковых психиатров — 75,7 % пациентов основной группы отметили их в качестве источника информации о реабилитации. Пациенты, не включившиеся в реабилитационную программу, были информированы участковым врачом о реабилитационном отделении только в 24,7 % случаев ($p < 0,001$). Отсутствие активного взаимодействия в диаде «пациент — участковый психиатр» соотносилось с отказом пациентов от участия в реабилитационной программе (52,6 % случаев).

Другим фактором, связанным с выработкой у больных заинтересованности в участии в реабилитационной работе, оказалась заинтересованность родственников. Так, число заинтересованных в реабилитации родственников, достигло 84,4 % в основной группе, что достоверно превышало аналогичный показатель в группе сравнения — 46,3 % ($p < 0,01$). В основной группе в 81 % случаев имело место совпадение заинтересованных позиций пациентов и их родственников, в 11,9 % отношение родственников к посещению медико-реабилитационного отделения было безразличным, а в 7,1 % — отрицательным. Было отмечено, что при безразличном отношении пациента к реабилитации в половине случаев встречалась безразличная позиция и у родственников. У пациентов, не заинтересованных в участии в реабилитационных мероприятиях, родственники были заинтересованы в реабилитации лишь в 33,3 % случаев, в то время как безразличны были в 55,6 % и категорически против — в 11,1 %. Чем ниже оказывалась заинтересованность пациентов (безразличие или отсутствие), тем чаще имела место низкая заинтересованность у их родственников ($p < 0,01$). При этом в целом реабилитационная позиция родственников соотносилась с реабилитационной активностью участковых психиатров. 64,9 и 21 % членов семей пациентов основной группы и группы сравнения соответственно были информированы о реабилитационном отделении ($p < 0,001$).

Полученные результаты акцентируют внимание на мотивационном ресурсе на уровне участковых психиатров.

Через 18 месяцев была произведена повторная оценка клинико-психосоциальных параметров пациентов, принявших участие в исследовании. В основной группе

было установлено снижение показателей по шкале общей психопатологии PANSS с $39,5 \pm 1,4$ до $36,00 \pm 1,4$ балла ($p < 0,05$), показателей О12 «Нарушение суждений и критики» ($3,9 \pm 0,2$ и $3,1 \pm 0,3$ балла соответственно, $p < 0,001$) и О13 «Волевые нарушения» ($3,5 \pm 0,2$ и $3,0 \pm 0,2$ балла, $p < 0,01$). Удовлетворенность помощью среди пациентов, принимавших участие в реабилитации, выросла с 27 до 59,5 % ($p < 0,05$). Число пациентов, испытывающих дефицит общения, сократилось с 35,1 до 6,5 % ($p < 0,05$), а нуждающихся в решении психологических проблем — с 32,4 до 13,5 % ($p = 0,07$). Отмечена положительная динамика в областях социально полезной деятельности, социальных взаимоотношений, самообслуживания (см. рисунок, где область А — социально полезная деятельность, включая работу и учебу; область В — отношения с близкими и прочие социальные отношения; область С — самообслуживание).



Характеристика нарушений социального функционирования больных основной группы в динамике по шкале PSP (доля пациентов)

Как видно из приведенных на рисунке данных, в процессе реабилитации доля пациентов, не имеющих нарушений в сфере социально полезной деятельности (область А), достигла 13,5 %, причем исходно пациентов без нарушений в этой сфере не было. Увеличилась доля пациентов, имеющих слабые нарушения в этой области (10,8 и 16,2 % соответственно) за счет уменьшения доли пациентов с более выраженной степенью нарушения. Так, доля пациентов с заметными нарушениями снизилась с 24,3 до 18,9 %, со значительными нарушениями — с 49,5 до 29,7 %, с сильными нарушениями — с 24,3 до 21,6 % ($p < 0,05$). По сравнению с исходными данными достоверно увеличился удельный вес пациентов, не имеющих нарушений в области социальных взаимоотношений (область В — отношения с близкими и прочие социальные отношения), — 5,4 и 13,5 % соответственно, а также имеющих легкие нарушения, — 21,6 и 27,0 %. Снизилось число пациентов с заметными нарушениями (54,0 и 43,2 % соответственно). На момент окончания исследования не было выявлено пациентов с сильной степенью выраженности нарушений в области социальных взаимоотношений (исходно 2,7 %), что привело к увеличению доли пациентов, имеющих менее выраженные нару-

шения, с 16,2 до 18,9 % ($p=0,08$). На фоне реабилитационных мероприятий обнаружена тенденция к снижению выраженности нарушения самообслуживания (область C) по сравнению с исходными данными, что выражается в уменьшении числа пациентов, имеющих заметные, значительные и сильные нарушения самообслуживания ($p = 0,09$).

За период исследования трудоустроилось 13,5 % больных, в том числе по специальности — 5,4 % пациентов, включенных в реабилитационные программы. Устойчиво занимались трудотерапией 48,6 % пациентов группы реабилитации.

Наибольшую тенденцию к положительной динамике качество жизни продемонстрировало по показателю удовлетворенности физическим функционированием (PF). Обращает на себя внимание, что качество жизни пациентов основной группы имело тенденцию к отрицательной динамике по параметру удовлетворенности социальным функционированием (SF) ($69,55 \pm 3,63$ и $59,32 \pm 4,27$ балла соответственно, $p=0,09$). Это обусловлено, по-видимому, трудностями реализации потребности в социальной активности, возрастающей в результате реабилитации, а также повышением способности к критической оценке, что подтверждается уже отмеченной положительной динамикой показателя PANSS O12 «Нарушение суждений и критики». Эти данные отражают субъективный характер качества жизни больных шизофренией. Эти показатели важно учитывать для оценки риска дезадаптации больных и индивидуализации реабилитационных мероприятий.

Выявлено, что в течение полутора лет пациенты, принимавшие участие в реабилитационных программах, реже, чем члены группы сравнения, госпитализировались в психиатрический стационар (одна госпитализация была у 18,9 и 21,8 % пациентов, две и более — у 5,4 и 15,6 % пациентов соответственно, $p=0,05$). Это свидетельствует о том, что при постоянном наблюдении в условиях медико-реабилитационного отделения возможно раннее выявление обострения и купирование его во внебольничных условиях. Пациенты основной группы реже проходили лечение в дневном стационаре. Один раз лечились 10,8 и 15,2 % пациентов, два раза — 2,7 и 9,0 % пациентов, более двух раз — 18,9 и 39,4 % пациентов соответственно группам ($p < 0,05$).

Экспертная оценка выявила достижение в основной группе достоверно более высокого уровня личного и социального функционирования ($61,32 \pm 2,49$ балла по шкале PSP) по сравнению с пациентами, не принимавшими участие в реабилитации ($50,21 \pm 2,53$ балла, $p < 0,01$). Пациенты основной группы к концу исследования имели достоверно более широкий круг общения по сравнению с пациентами группы сравнения ($p < 0,01$). В основном (56,8 %) он расширился за счет контактов с другими пациентами. В группе сравнения только 27,3 % пациентов общались друг с другом. Круг общения, ограниченный членами семьи, выявлен у 13,5 % пациентов основной группы и 51,5 % пациентов группы сравнения. Общение с другими лицами имели 29,7 % пациентов основной и 21,2 % пациентов группы сравнения.

10,5 % пациентов группы сравнения за период наблюдения приобрели достоверно более значимые проблемы поведения (область D шкалы PSP). Значительно снизилась относительно исходных данных доля пациентов, имеющих небольшие (слабые) нарушения в этой сфере (с 21,1 до 7,9 % пациентов), и появились случаи заметно выраженных поведенческих нарушений (23,7 %), которых не было в исходных данных ($p < 0,05$).

Среди пациентов, не участвовавших в реабилитации, наблюдалась достоверная отрицательная динамика внутрисемейных отношений. Так, сократилось число хороших отношений (с 65,6 до 43,8 %), увеличилось число формальных отношений (с 18,8 до 31,3 %) и конфликтных внутрисемейных отношений (с 15,6 до 25 % случаев) ($p < 0,05$).

В целом у 87,1 % пациентов в процессе участия в реабилитационных программах отмечалось улучшение функционирования и был определен удовлетворительный результат реабилитации. При этом у пациентов, психическое расстройство которых по шкале CGI было оценено как тяжелое в начале исследования, в 62,5 % был определен удовлетворительный результат реабилитации. В 12,9 % случаев отмечалось лишь соблюдение режима медико-реабилитационного отделения: пациенты регулярно его посещали или по своей инициативе, или при стимуляции родственников, сотрудников отделения.

Установлено, что наиболее сильное отрицательное влияние на эффективность реабилитации оказали нарушения мышления по PANSS ($r = -0,502$, $p < 0,01$), позитивные симптомы по PANSS ($r = -0,574$, $p < 0,01$), тяжесть психического расстройства по CGI ($r = -0,527$, $p < 0,01$), частота госпитализаций ($r = -0,351$, $p < 0,01$). Положительное влияние на эффективность реабилитации оказала семейная поддержка (фактор заинтересованности родственников) ($r = 0,431$, $p < 0,05$). Отмечено, что более высокий исходный уровень социального функционирования, меньшая выраженность нарушений в его областях сопряжены с большей эффективностью реабилитации. Так выявлено, что имеется прямая зависимость между эффективностью реабилитации и уровнем социального функционирования (общий балл по шкале PSP) ($r = 0,446$, $p < 0,05$), а также функционированием в области социально полезной деятельности (область А по шкале PSP) ($r = -0,395$, $p < 0,05$) и в области взаимоотношений с близкими и прочими социальными отношений (область В по шкале PSP) ($r = -0,411$, $p < 0,05$). Представленные данные свидетельствуют о том, что более высокий уровень социального функционирования, меньшая выраженность нарушений в отдельных его областях (А и В) явились положительными факторами влияния на эффективность реабилитационных мероприятий.

Выводы

Факторами, позитивно влияющими на успешность реабилитации больных шизофренией во внебольничных условиях, являются наличие заинтересованности ближайшего окружения в реабилитации пациентов, исходная сохранность социального функционирования в областях социально-полезной деятельности и взаимоотношений с окружающими. Негативное влияние на успешность реабилитации в условиях медико-реабилитационного отделения оказывают выраженность клинических характеристик болезни (позитивная симптоматика, нарушения мышления и общая тяжесть психического расстройства), а также частые госпитализации в психиатрические больницы.

Критериями эффективности реабилитации больных с параноидной шизофренией на этапе хронического течения являются: а) уменьшение выраженности психопатологической симптоматики; б) снижение частоты регоспитализаций в психиатрические больницы или поступления в дневные стационары; в) позитивная

динамика параметров социального функционирования в сферах социально полезной деятельности, социальных взаимоотношений и самообслуживания (определяющих независимость существования); г) повышение удовлетворенности больных оказываемой им специализированной помощью, вниманием со стороны ближайшего окружения и уровнем своего функционирования; д) улучшение трудового статуса (занятость, трудоустройство).

Литература

1. Гурович И. Я., Сторожакова Я. А., Фурсов Б. Б. Международный опыт реформы психиатрической помощи и дальнейшее развитие психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 1. С. 5–19.
2. Коцюбинский А. П., Бутوما Б. Г., Еричев А. Н. Тенденции развития внебольничных форм обслуживания в нашей стране и за рубежом // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. 2013. № 1. С. 6–15.
3. Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W., Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update // *Am. J. Psychiatry*. 2001. Vol. 158, N 2. P. 163–175.
4. Любов Е. Б., Ястребов В. С., Шевченко Л. С., Чапурин С. А., Чурилин Ю. Ю., Былим И. А., Гажа А. К., Петухов Ю. Л., Фадеев П. Н. Экономическое бремя шизофрении в России // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т. 22, № 3. С. 36–42.
5. Незнанов Н. Г., Петрова Н. Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных // Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. трудов НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2001. Т. 137. С. 301–311.
6. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. Vol. 6. P. 403–418.
7. Karow A., Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment // *Psychopharmacology*. 2002. Vol. 162, N 1. P. 3–10.

Для цитирования: Савельева О. В., Петрова Н. Н. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией // Вестник СПбГУ. Медицина. 2017. Т. 12. Вып. 3. С. 216–224. DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.301

References

1. Gurovich I. Ia., Storozhakova Ia. A., Fursov B. B. Mezhdunarodnyi opyt reformy psikhiatricheskoi pomoshchi i dal'neishee razvitie psikhiatricheskoi sluzhby v Rossii [International experiences of psychiatric care reform and the further development of psychiatric services in Russia]. *Sotsial'naiia i klinicheskaia psikhiatriia*, 2012, vol. 22, no. 1, pp. 5–19. (In Russian)
2. Kotsiubinskii A. P., Butoma B. G., Erichev A. N. Tendentsii razvitiia vnebol'nichnykh form obsluzhivaniia v nashei strane i za rubezhom [Trends in the development of community-acquired experience in our country and abroad]. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V. M. Bekhtereva*, 2013, no. 1, pp. 6–15. (In Russian)
3. Bustillo J. R., Lauriello J., Horan W., Keith S. The psychosocial treatment of schizophrenia: An update. *Am. J. Psychiatry*, 2001, vol. 158, no. 2, pp. 163–175.
4. Liubov E. B., Iastrebov V. S., Shevchenko L. S., Chapurin S. A., Churilin Iu. Iu., Bylim I. A., Gazha A. K., Petukhov Iu. L., Fadeev P. N. Ekonomicheskoe bremia shizofrenii v Rossii [The economic burden of schizophrenia in Russia]. *Sotsial'naiia i klinicheskaia psikhiatriia*, 2012, vol. 22, no. 3, pp. 36–42. (In Russian)
5. Neznanov N. G., Petrova N. N. Kachestvo zhizni kak mera otsenki effektivnosti reabilitatsii bol'nykh [Quality of life as a measure of evaluating the effectiveness of rehabilitation of patients]. *Psikhosotsial'naiia reabilitatsiia i kachestvo zhizni: sb. nauchnykh trudov NIPNI im. V. M. Bekhtereva*. St. Petersburg, 2001, vol. 137, pp. 301–311. (In Russian)
6. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr. Scand.*, 2007, vol. 6, pp. 403–418.
7. Karow A., Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment. *Psychopharmacology*, 2002, vol. 162, no. 1, pp. 3–10.

For citation: Savel'eva O. V., Petrova N. N. The efficiency of complex rehabilitation in patients with schizophrenia. *Vestnik SPbSU. Medicine*, 2017, vol. 12, issue 3, pp. 216–224.
DOI: 10.21638/11701/spbu11.2017.301

Статья поступила в редакцию 19 марта 2017 г.

Статья принята в печать 20 мая 2017 г.

Контактная информация:

Савельева Ольга Владиславовна — кандидат медицинских наук; malevanaya@rambler.ru

Петрова Наталия Николаевна — доктор медицинских наук, профессор; petrova_nn@mail.ru

Savel'eva Olga V. — PhD; malevanaya@rambler.ru

Petrova Nataliia N. — MD, Professor; petrova_nn@mail.ru